

**UNIVERSIDAD SAN FRANCISCO DE QUITO USFQ**

**Colegio de Ciencias de la Salud**

**“Influencia de la caries de la infancia temprana sobre el temperamento de niños de 3 a 5 años de un centro médico de Quito”.**

**Trabajo de investigación**

**Wendy Estefanía Martínez Serrano**

**Odontología**

Trabajo de titulación presentado como requisito  
para la obtención del título de Odontóloga

Quito, 19 de Julio de 2018

UNIVERSIDAD SAN FRANCISCO DE QUITO USFQ  
COLEGIO DE CIENCIAS DE LA SALUD

**HOJA DE CALIFICACIÓN  
DE TRABAJO DE TITULACIÓN**

**“Influencia de la caries de la infancia temprana sobre el temperamento de niños de 3 a 5 años de un centro médico de Quito”.**

**Wendy Estefanía Martínez Serrano**

Calificación:

Nombre del profesor, Título académico

José Miguel Pinto, Odontopediatra

Firma del profesor

---

Nombre del profesor, Título académico

Constanza Sánchez, Odontopediatra

Firma del profesor

---

Quito, 19 de Julio de 2018

## **DERECHOS DE AUTOR**

Por medio del presente documento certifico que he leído todas las Políticas y Manuales de la Universidad San Francisco de Quito USFQ, incluyendo la Política de Propiedad Intelectual USFQ, y estoy de acuerdo con su contenido, por lo que los derechos de propiedad intelectual del presente trabajo quedan sujetos a lo dispuesto en esas Políticas.

Asimismo, autorizo a la USFQ para que realice la digitalización y publicación de este trabajo en el repositorio virtual, de conformidad a lo dispuesto en el Art. 144 de la Ley Orgánica de Educación Superior.

Firma del estudiante: \_\_\_\_\_

Nombres y apellidos: Wendy Estefanía Martínez Serrano

Código: 00121422

Cédula de Identidad: 1715865513

Lugar y fecha: Quito, 19 de Julio de 2018

## **DEDICATORIA**

Primeramente, a Dios, por darme la sabiduría e inteligencia para alcanzar mis aspiraciones profesionales. Segundo a mi madre Elena, mi mayor inspiración y ejemplo; a mi padre, Orlando y hermano, Samuel quienes siempre me apoyaron a lo largo de este arduo trayecto. A mi novio, Daniel, quien siempre está a mi lado, quien es mi apoyo y complemento. A todos los profesores que me compartieron sus conocimientos, en especial al Dr. José Miguel Pinto y Dra. Constanza Sánchez quienes me hicieron amar la Odontopediatría.

## **RESUMEN**

La caries dental es una enfermedad multifactorial con una alta prevalencia a nivel mundial. Una variante de la caries dental es la caries de la infancia temprana (CIT) que afecta a niños hasta los 5 años de edad. Las repercusiones asociadas a la presencia de caries en edades tempranas incluyen: malnutrición, problemas del sueño, entre otros. La relación entre el temperamento infantil y la CIT es un dato determinante para el establecimiento del impacto psicológico como la disminución de la autoestima de los niños preescolares. Por tal motivo se presenta una investigación no experimental de tipo transversal, donde se pretende determinar la influencia de la caries de la infancia temprana sobre el temperamento en niños de 3 a 5 años del Centro médico familiar integral y de especialidades diálisis “La Mariscal” en Quito, para el periodo agosto – septiembre de 2018.

**Palabras clave:** caries de la infancia temprana, temperamento, autoestima, emocionalidad, sociabilidad.

## **ABSTRACT**

Dental caries is a multifactorial disease with a high worldwide prevalence. A variant of dental caries is early childhood caries (ECC) that affects children up to 5 years of age. The repercussions associated with the presence of caries at early ages include: malnutrition, sleep problems, among others. The relationship between the child's temperament and the ECC is a determining factor for the establishment of the psychological impact as the decrease of self-esteem of preschool children. For this reason, a non-experimental cross-sectional research is presented, which aims to determine the influence of early childhood caries on the temperament of children from 3 to 5 years of the comprehensive family medical center and dialysis specialties "La Mariscal" in Quito, for the period August - September 2018.

Key words: caries of early childhood, temperament, self-esteem, emotionality, sociability.

# TABLA DE CONTENIDO

<b>DERECHOS DE AUTOR.....</b>	<b>2</b>
<b>DEDICATORIA.....</b>	<b>3</b>
<b>RESUMEN.....</b>	<b>4</b>
<b>ABSTRACT.....</b>	<b>5</b>
<b>TABLA DE CONTENIDO.....</b>	<b>6</b>
<b>1. INTRODUCCIÓN.....</b>	<b>8</b>
<b>1.1 Planteamiento del problema.....</b>	<b>8</b>
<b>1.2 Justificación.....</b>	<b>9</b>
<b>1.3 Objetivos.....</b>	<b>10</b>
1.3.1 Objetivo general:.....	10
1.3.2. Objetivos específicos.....	10
<b>1.4 Hipótesis.....</b>	<b>11</b>
<b>1.5 Hipótesis nula.....</b>	<b>11</b>
<b>1.6 Hipótesis alternativa.....</b>	<b>12</b>
<b>2. MARCO TEÓRICO.....</b>	<b>12</b>
<b>2.1. Caries de la infancia temprana.....</b>	<b>12</b>
2.1.1. Concepto.....	12
2.1.2. Etiología.....	14
2.1.2.1. Microorganismos.....	14
2.1.2.2. Dieta.....	14
2.1.2.3. Huésped.....	15
2.1.3. Factores de riesgo.....	15
2.1.3.1. Transmisión vertical.....	16
2.1.3.2. Transmisión horizontal.....	16
2.1.3. Diagnóstico.....	16
2.1.4. Tratamiento.....	17
2.1.5. Prevención.....	18
<b>2.2. Aspecto psicológico del niño de 3 a 6 años:.....</b>	<b>20</b>
2.2.1. Desarrollo psicomotor.....	20
2.2.2. Desarrollo de la inteligencia.....	21
2.2.3. Desarrollo del lenguaje.....	22
2.2.4. Desarrollo afectivo- psicosocial.....	23
2.2.5. Temperamento.....	25
2.2.6. Factores del temperamento.....	26
2.2.6.1. Sociabilidad.....	26
2.2.6.2. Emocionalidad.....	27
2.2.6.3. Energía.....	27
2.2.6.4. Atención.....	27
2.2.6.5. Ritmicidad.....	28
2.2.7. Variación del temperamento.....	28
2.2.8. Determinación del temperamento.....	29
<b>3. METODOLOGÍA.....</b>	<b>29</b>
<b>3.1. Tipo de estudio.....</b>	<b>29</b>
<b>3.2. Población.....</b>	<b>30</b>
<b>3.3. Muestra.....</b>	<b>30</b>
3.3.1. Criterios de inclusión de la muestra.....	30
3.3.2. Criterios de exclusión de la muestra.....	31

<b>3.4. Materiales y métodos</b> .....	<b>31</b>
3.4.1. Materiales.....	31
3.4.2. Métodos.....	31
3.4.2.1. Procedimientos.....	32
<b>ANEXO 1</b> .....	<b>35</b>
<b>REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS</b> .....	<b>36</b>



# 1. INTRODUCCIÓN

## 1.1 Planteamiento del problema

La caries dental es una enfermedad multifactorial que afecta a la mayoría de la población a nivel mundial. La aparición de esta enfermedad se da gracias a la combinación de cuatro factores que son: dieta, huésped, sustrato y microorganismos. El primer signo clínico de la caries es la mancha blanca que aparece tras un proceso de desmineralización del esmalte que precede a la cavitación gracias al comienzo del proceso carioso. La mejor forma para prevenir la aparición de caries dental es la implementación de métodos de prevención y educación tanto a los padres, escolares y maestros acerca de la importancia de la dentición primaria, la caries dental y salud oral (Reyes, Baños, Sánchez, & Rodríguez, 2013).

La caries de la infancia temprana (CIT) afecta a niños preescolares de entre 36 y 71 meses de edad. La falta de conocimiento y las creencias erróneas de los padres o cuidadores de los pequeños hacen que recurran a conductas como proporcionarle al niño cantidades inconcebibles de dulces, caramelos, carbohidratos fermentables, líquidos y bebidas sobre azucaradas como muestra de afecto o como premio (Núñez, Sanz, & Mejía, 2015).

Los diferentes estadios de la CIT van de la mano con el tratamiento a proporcionar, de la misma manera esta tiene la capacidad de provocar repercusiones importantes en la vida de los niños; esto incluye consecuencias en el ámbito nutricional, desempeño escolar, impacto psicológico ya sea sobre el autoestima o autoimagen del

niño, problemas de conducta, ansiedad, desarrollo deficiente, problemas del sueño, entre otros.

De la misma manera la experiencia de caries en niños a tan corta edad como lo es de los 3 a 5 años, puede influir sobre su temperamento; el que se define como la manera única de cada persona para reaccionar ante distintas situaciones y la forma de abordarlas si bien se sabe el temperamento se puede medir según algunos criterios; según un estudio realizado por Jabin y Chaudhary en India, en que se evaluó la variación del temperamento en niños en base a 5 factores: sociabilidad, emocionalidad, energía, atención y ritmicidad; se concluyó que los niños con CIT eran menos sociables, presentaban menor energía, eran bastante propensos a distraerse y por ende manejaban un ritmo diario menor a comparación de los niños que no presentaron caries de la primera infancia (Jabin & Chaudhary, 2014).

En base a lo anteriormente expuesto, surge la siguiente interrogante: ¿La caries de la infancia temprana influye de alguna manera en el temperamento de los niños de 3 a 5 años de edad?

## **1.2 Justificación**

La poca información acerca de la prevalencia, importancia y afectación de caries de la infancia temprana es un signo que llama la atención para el estudio del tema. Al determinar la prevalencia de niños con experiencia de CIT y también cuantificar los niños sin experiencia de la misma, nos permitirá relacionar las posibles variaciones en su temperamento e informar a los papás y cuidadores acerca de las posibles consecuencias. (Jabin & Chaudhary, 2014). Conocer el impacto de la caries de aparición temprana en los distintos ámbitos estudiados beneficiará a los padres y cuidadores de los niños para que les presten mayor atención a los posibles factores de

riesgo de aparición de caries y así evitar las secuelas que esta podría provocar en los niños.

De la misma manera, los profesionales de la salud, en específico al gremio Odontológico y estudiantil ya que aportará datos acerca de la prevalencia que son mínimos y casi nulos en el área de la salud pública del país. Motivará a estudiantes de otras ciudades a la investigación de la prevalencia de la CIT en su ciudad para contribuir a la formación de fundamentos acerca de la importancia del tema. El aporte de datos de epidemiológicos sobre un grupo específico de la población ecuatoriana proporcionará información importante a las autoridades de la salud para tomar cartas en el asunto e incentivar a la promoción de la salud dental y la prevención de la CIT,

## **1.3 Objetivos**

### **1.3.1 Objetivo general:**

Determinar la influencia de la caries de la infancia temprana sobre el temperamento en niños de 3 a 5 años del Centro médico familiar integral y de especialidades diálisis “La Mariscal” en Quito, para el periodo agosto – septiembre de 2018.

### **1.3.2. Objetivos específicos**

- Identificar la presencia de caries de la primera infancia en niños de 3 a 5 años que acuden a consulta en el Centro de Centro médico familiar integral y de especialidades diálisis “La Mariscal” en el periodo de agosto a septiembre de 2018.
- Determinar el temperamento en niños de 3 a 5 años con experiencia de caries de la infancia temprana que acuden a consulta en el Centro de Centro médico

familiar integral y de especialidades diálisis “La Mariscal” en el periodo de agosto a septiembre de 2018.

- Determinar el temperamento en niños de 3 a 5 años sin experiencia de caries de la infancia temprana que acuden a consulta en el Centro de Centro médico familiar integral y de especialidades diálisis “La Mariscal” en el periodo de agosto a septiembre de 2018.
- Relacionar la variación del temperamento de niños de 3 a 5 años con y sin experiencia de CIT que acuden a consulta en el Centro de Centro médico familiar integral y de especialidades diálisis “La Mariscal” en el periodo de agosto a septiembre de 2018.

#### **1.4 Hipótesis**

La presencia de caries de la primera infancia influye sobre el temperamento (sociabilidad, emocionalidad, energía, atención y ritmicidad) de niños de 3 a 5 años que acuden al Centro de Centro médico familiar integral y de especialidades diálisis “La Mariscal”.

#### **1.5 Hipótesis nula**

La presencia de caries de la primera infancia no influye en absoluto sobre el temperamento (sociabilidad, emocionalidad, energía, atención y ritmicidad) de niños de 3 a 5 años que acuden al Centro de Centro médico familiar integral y de especialidades diálisis “La Mariscal”.

## **1.6 Hipótesis alternativa**

La presencia o ausencia de caries influye sobre el temperamento de los niños que acuden al Centro de Centro médico familiar integral y de especialidades diálisis “La Mariscal” independientemente de la edad de los niños o de la etapa en la que se encuentre.

# **2. MARCO TEÓRICO**

## **2.1. Caries de la infancia temprana**

### **2.1.1. Concepto**

La caries dental es una enfermedad dinámica multifactorial que afecta a la gran mayoría de la población mundial, ocurre tras un proceso de “reblandecimiento del tejido duro del diente que evoluciona hasta la formación de una cavidad” (Ministerio de Salud Pública del Ecuador, 2015). La caries ataca mediante un proceso dinámico de desmineralización por una constante interacción entre el biofilm y una (o más) superficie dentaria durante cierto tiempo; lo que da como resultado las diferentes etapas del daño que consisten en:

“Iniciando desde la desmineralización de la superficie externa, a nivel molecular, hacia la desmineralización producida en el esmalte, con la formación de una lesión de mancha blanca, a una lesión cavitada macroscópicamente, hacia un compromiso dentinario y pulpar, hasta la completa destrucción tisular” (Ministerio de Salud Pública del Ecuador, 2015).

La caries de la primera infancia o caries de la infancia temprana (CIT) es una variación o subcategoría de la caries dental. Esta es definida por la Asociación Americana de Odontopediatría (AAPD) como “la presencia de una o más lesiones

cariosas (superficies) sean cavitadas o no, dientes ausentes por caries u obturaciones en cualquier diente temporal en niños menores de 71 meses” (Arango & Baena, 2004).

Considerada por la Organización Mundial de la Salud como un problema de salud pública que afecta a la mayoría de infantes en todo el mundo y que también es calificada como una enfermedad infecciosa y transmisible de rápida progresión cuyas consecuencias al no ser tratadas a tiempo no solo incluyen gastos económicos a la familia sino también un daño emocional, psicológico, físico y un “riesgo para el estado de salud del niño en general” (Arango & Baena, 2004; Guerrero, Galeana, & Corona, 2012).

Entre el un año un mes y los dos años aparece el pico más alto y destructivo de la caries de la primera infancia (CPI) dejando las peores secuelas en los infantes ya que no es auto limitada, es un proceso sucesivo crónico de pérdida de estructura dental si no existe un adecuado control de los factores etiológicos (Hernández, 2017).

La CPI al ser catalogada como una enfermedad de rápido progreso, transmisible y debilitante es capaz de producir en los niños angustia, dolor, infección e incluso a largo plazo puede permitir la aparición de problemas para dormir o generar un impacto en la calidad de vida de los pre escolares, si la caries se encuentra en una etapa avanza puede provocar mucho dolor, tanto como para impedirle al niño alimentarse y por ende perder peso (Valarezo & Maroño, 2017). De la misma manera, en base a distintos estudios se ha concluido que la CPI tiene repercusiones a nivel de retardos en el crecimiento y el desarrollo, disminución importante del peso corporal, hábitos nocivos, bajo desempeño escolar, alteraciones en el comportamiento, ansiedad, depresión, hiperactividad, déficit de atención, problemas del sueño e incluso en los aspectos

cualitativos del desarrollo infantil temprano: motor, cognitivo, lenguaje, emocional y social (Núñez, Sanz, & Mejía, 2015).

## **2.1.2. Etiología**

### **2.1.2.1. Microorganismos**

Se sabe que la caries es una enfermedad multifactorial, catalogada como una “disbiosis”, lo cual consiste en un desequilibrio del ecosistema oral directamente relacionada al consumo recurrente de carbohidratos fermentables (azúcares refinados) que junto al *Streptococcus mutans* pueden originar su aparición gracias a su potencial cariogénico. Actualmente se ha evidenciado que este microorganismo se encuentra en la boca de los lactantes pre dentados ya que fueron recibidos mediante transmisión vertical y/o horizontal (Chimenos, Giovannoni, & Schemel, 2017) (Hernández, 2017).

La ventana de infectividad, es la primera colonización del *S. mutans* y ocurre al momento de la aparición del primer diente en boca, porque para que se establezca es necesaria una superficie dura, esto ocurre durante los 0 a 24 meses de edad; mientras más temprana sea la colonización el riesgo de caries será mayor. Sin embargo, no es estrictamente necesario que existan dientes en boca para que el *S. mutans* pueda repoblar en el medio oral, se ha demostrado que a los

### **2.1.2.2. Dieta**

La exposición prolongada y repetitiva a líquidos altamente azucarados, la dieta que el niño recibe desde su nacimiento, la intervención de factores perpetuantes como: biológicos, físicos, conductuales y de higiene constituyen los principales causantes de la aparición de la enfermedad. El desequilibrio dietético es un agente causal, ya que a

esta edad los padres y cuidadores erróneamente consideran que darles dulces y alimentos altos en carbohidratos fermentables es una muestra de afecto (Beltrán, 2008).

De la misma manera, la CTI mal conocida como caries del biberón como su nombre lo dice, se produce ya que muchos papás y/o tutores al momento de la alimentación adicionan azúcar a la leche ya sea materna o de suplemento y lo usan como herramienta para dormir, sin la adecuada limpieza después de comer produciéndose un constante contacto nocturno del azúcar con las estructuras dentarias. La posición del biberón favorece la acumulación y fermentación de azúcares y el bloqueo de acceso de saliva a la zona para la remoción de glucosa y posterior proceso de desmineralización del esmalte (Beltrán, 2008).

### **2.1.2.3. Huésped**

Es importante considerar algunas características propias de cada paciente ya que pueden crear cierto riesgo de adquisición de caries, estos son: morfología y anatomía del diente; característica heredada en la mayoría de los casos. Si el niño posee muelas con surcos y fisuras pronunciados favorecerá la acumulación de biofilm. La saliva, tanto su grado de viscosidad y cantidad son importantes debido a que el flujo salival de la encarga de la limpieza, digestión, mantenimiento de la integridad de la mucosa, autoclisis, y tiene acción antimicrobiana; si el niño presenta patologías adquiridas como la disminución del flujo salival será una posible causal de caries (Llena, 2006) (Montero, 2008).

### **2.1.3. Factores de riesgo**

Son innumerables los elementos identificados como riesgosos para la aparición, perpetuación o agravantes siendo los más relevantes son: la falta de educación de padres o personal a cargo de los niños acerca de los hábitos de limpieza; escasos hábitos de higiene oral, temprana adquisición y colonización del *S. mutans*, apiñamiento y mala



posición dentaria; enfermedades sistémicas; poco o ningún acceso a servicios de salud, deficiente calcificación de los tejidos dentarios, constante acumulación de biofilm; enfermedades sistémicas o discapacidades, lactancia materna prolongada, bajo nivel socio económico (Arango & Baena, 2004).

#### ***2.1.3.1. Transmisión vertical***

Es la principal forma de que los niños reciben los microorganismos, es directamente de la madre. Gracias a ciertos hábitos erróneos, mediante acciones consideradas como “normales” como soplar la comida, probar el biberón o besar al niño desde la saliva de la madre los microorganismos se transfieren al medio oral del infante.

#### ***2.1.3.2. Transmisión horizontal***

El *S. mutans* también puede transferirse de manera indirecta u horizontal, ya sea mediante contagio por compartir objetos, juguetes, vasos entre niños ya infectados, en la escuela, guardería, etc.

#### **2.1.3. Diagnóstico**

Para poder hacer el correcto diagnóstico de esta enfermedad se deben tomar en cuenta criterios de importancia. El primer estadio, no tan fácil de identificar es el de mancha blanca; debido a la corta edad de sus hijos, los padres no suelen llevarlos al odontólogo, en cuanto solo lo llevan cuando la caries está avanzada. La secuencia de erupción es importante para la aparición de la CIT; los incisivos superiores son los primeros en erupcionar y en estar en contacto con el medio oral, colonización bacteriana, etc. Siguiéndoles los incisivos inferiores, luego los molares y por último los

caninos, es por esto que los incisivos superiores serán las unidades más afectadas por la CIT (Montero, 2008).

Las lesiones iniciales o también llamadas manchas blancas son las primeras en hacerse presentes en las superficies vestibulares de los dientes anteriores maxilares siguiendo la guía del margen gingival, seguido se pigmentarán de amarillo y se extenderán lateralmente hacia proximal y un rápido avance lo llevará hasta la cavitación y posterior compromiso pulpar hasta incluso alcanzar la completa destrucción coronaria (Montero, 2008).

Actualmente la herramienta para el diagnóstica más precisa es el uso de ICDAS II, llevando a cabo un examen cuidadoso y metódico de los dientes que se basa en estudiar las superficies dentarias visual y táctil examinándolas en seco, limpio y bien iluminado. Empleando un sistema de puntuación se diagnostica a la Caries de aparición temprana de la siguiente manera: Diente sano (ICDAS 0), mancha blanca o marrón en esmalte seco (ICDAS 1), mancha blanca o marrón es superficie húmeda (ICDAS 2), cavidad menos a 0.5mm en esmalte seco (ICDAS 3), sombra oscura de dentina visible a través del esmalte húmedo con o sin cavidad (ICDAS 4), cavidad con exposición de dentina mayor a 0.5mm en seco (ICDAS 5) y el estadio más grave que ocurre cuando la cavidad expone a la dentina en más de la mitad de la superficie dental (ICDAS 6) (Cerón, 2015).

#### **2.1.4. Tratamiento**

El tratamiento a proporcionar está directamente relacionado al estadio en el que se diagnostique la CIT, la mancha blanca es el primer signo que debe tratarse, apenas se diagnostique; si se identifica en esta etapa se maneja mediante el uso de flúor. La aplicación de flúor le da la capacidad al esmalte de remineralizarse. Ya sea de uso doméstico como en pastas fluoradas ingesta de agua cargada de flúor, entre otros o en

el consultorio mediante geles o barnices no debe excederse su uso, en niños menores a 6 años la cantidad de flúor usada no debe exceder las 22600ppm porque se podría ocasionar la aparición de fluorosis (Beltrán, 2008).

Si la enfermedad es diagnosticada en etapas más avanzada como en cavitaciones, el tratamiento incluirá también técnicas restaurativas según la profundidad alcanzada por la caries se tratará, es decir se puede emplear la técnica restauradora atraumática, tratamientos operatorios con resina, ionómeros de vidrio que van a liberar flúor. En la restauración de los procesos cariosos es importante para evitar la pérdida de dientes, procesos infecciosos y futuros problemas (Beltrán, 2008).

Si la CIT avanzó de manera en que la pulpa está comprometida, se recurrirá a tratamientos más invasivos, ya sea una pulpotomía (extirpación únicamente de la pulpa coronaria) o una pulpectomía (extirpación de la pulpa coronaria y radicular). En estas fases avanzadas también se podría evidenciar destrucción coronaria importante, requiriendo opciones terapéuticas más complejas tales como coronas de acero, coronas de resina, coronas de acero con frente estético, coronas estéticas prefabricadas, entre otras (Beltrán, 2008).

### **2.1.5. Prevención**

La prevención de esta enfermedad es sumamente importante ya que incluye no solamente las indicaciones son para el niño sino para los padres y cuidadores. La educación en cuanto a la importancia de la dentición decidua, los padres deben entender que los dientes primarios cumplen funciones sumamente relevantes y que su cuidado radica desde que el primer diente aparece en boca. La orientación a los padres y/o cuidadores acerca de los factores etiológicos, dietas equilibradas, eliminación de factores de riesgo, visitas recurrentes al odontólogo es importante para la prevención de la aparición de caries de la infancia temprana y también su posible detección a tiempo

que impida su avance a etapas más comprometedoras (Guerrero, Galeana, & Corona, 2012).

Las visitas al odontólogo también conforman una parte importante de la prevención, ya que el conocimiento y aplicación de correctas técnicas de cepillado ayudarán a preservar la salud oral. La madre puede acudir al odontólogo incluso antes de la exfoliación del primer diente, en esa visita puede resolver dudas acerca de los cuidados que tiene que tener con el bebé; así mismo es importante que sepa que no debe besar a su hijo en la boca, la importancia de la leche materna y las medidas preventivas que debe tomar como no adicionar azúcar o no permitir que se vaya a dormir sin antes limpiar su boca, etc. (Hernández, 2017).

La caries de la primera infancia se evita también al tomar medidas preventivas como: no admitir que familiares o incluso mascotas toquen o besen a los niños en la boca, no compartir utensilios de ningún índole con el bebé, advertir a quien cuide al niño que no exceda con la cantidad de dulces o carbohidratos altamente fermentables, evitar el uso de biberón hasta más allá de un año, excluir los alimentos fermentables entre comidas, uso medido de flúor, supervisar el cepillado de los hijos cuando ya puedan hacerlo por si mismos; antes de eso hacerlo ellos mediante uso de técnicas correctas de cepillado (Hernández, 2017).

El aspecto psicológico de los niños a temprana edad se compone de varios criterios, cada uno de estos se puede ver afectado por factores externos, ambientales, etc. O también por factores propios del niño, como accidentes, enfermedades sistémicas, compromiso del estado de salud en general, etc. Dentro de esta categoría se incluye la influencia de la caries de la infancia temprana y su impacto en el ámbito psicológico del infante; ya sea en su autoestima, autopercepción, estado de ánimos,

capacidad de socializar, en su personalidad, entre otros factores que se pueden ver alterados por la presencia de CIT que estudiaremos a continuación.

## **2.2. Aspecto psicológico del niño de 3 a 6 años:**

### **2.2.1. Desarrollo psicomotor.**

El desarrollo psicomotor de los niños en la primera infancia de los niños está dividido en tres etapas según su edad. De 3 a 4, de 4 a 5 y de 5 a 6 años. En el niño de 3 a 4 años la maduración del sistema nervioso va a hacer posible que se observe su desarrollo motor, esto se ve reflejado en aspectos como una mejora en la coordinación de movimientos durante actividades cotidianas y de aprendizaje; un avance en sus habilidades manuales consiguiendo una mayor precisión en sus movimientos y en el manejo de objetos (Uriz, y otros, 2011).

Continuando con su crecimiento, el niño de 4 a 5 años aprende a perfeccionar sus movimientos, su habilidad manual ha incrementado, lo que le permite realizar actividades escolares con mayor facilidad. Por último, el niño de 5 a 6 años logra adquirir el dominio de su cuerpo casi en su totalidad, es decir sus movimientos son más concisos (Uriz, y otros, 2011).

El mayor avance en el desarrollo tanto de la motricidad fina como la gruesa ocurre al transcurrir este periodo, mas sin embargo no se alcanza en su totalidad. Si bien pueden dar saltos grandes, control al iniciar y detener la marcha, subir y bajar gradas alternando las piernas y jugar con mayor estabilidad gracias al desarrollo muscular. Con respecto a la motricidad fina, los niños empiezan a realizar actividades importantes casi sin ayuda, como atarse los cordones de los zapatos, dibujar una persona casi completa,

vertirse por si mismos con menor ayuda de un adulto, cortar siguiendo una linea, entre otros (Papalia, Wendkos, & Duskin, 2009).

Alrededor de los 4 años, el niño puede cepillarse los dientes solo, sin embargo, puede que no lo realice con la tecnica adecuada y eficaz de higiene oral, es por esto que los padres deben ayudar y reforzar el cepillado para evitar problemas como la caries minimo hasta los 8 años, edad en la que el niño ha alcanzado un desarrollo completo de la habilidad motora (Bordoni, 2010).

### **2.2.2. Desarrollo de la inteligencia.**

La infancia temprana va desde los 3 a los 6 años, antes de los 3 años la mayoría de niños no son capaces de comprender la relación entre los objetos y los dibujos que representan. A esta edad, debido al crecimiento los niños adelgazan mucho y puede que desarrollen problemas del sueño. A esta edad es importante la dieta, ya que existe la posibilidad tanto de entrar en sobrepeso como en desnutrición debido a que sus patrones de alimentación tienen mayor influencia del ambiente (Papalia, Wendkos, & Duskin, 2009).

Durante los primeros seis años de vida se produce la maduración cerebral; es de suma importancia que el niño encuentre en su medio tolerancia, afecto y estimulación durante esta etapa para promover su independencia emocional y madurez mental. En esta fase, el niño desarrolla su inteligencia gracias al uso de símbolos, comprensión de causa y efecto, formulación de teorías, comprensión de identidades y números (Papalia, Wendkos, & Duskin, 2009).

No se conoce con exactitud el grado, pero si se sabe que el ambiente familiar influye sobre la inteligencia del niño tanto de la contribución genética como del ambiente inicial de aprendizaje, de la misma manera se ha estudiado el impacto del

nivel económico sobre el desarrollo cognitivo y desempeño escolar (Papalia, Wendkos, & Duskin, 2009).

### **2.2.3. Desarrollo del lenguaje.**

La gramática, sintaxis y el vocabulario son los componentes en los que los niños de 3 a 6 años presentan grandes avances. Gracias a la ayuda de la escolaridad formal el niño adquiere un vocabulario expresivo y receptivo. Al llegar a los 4 o 5 años el niño es capaz de formular oraciones en narración corta, sencilla y con ciertos errores, ya que no manejan adecuadamente las reglas y excepciones de la gramática (Papalia, Wendkos, & Duskin, 2009).

El aprendizaje tanto del lenguaje, sintaxis y vocabulario aportan al desarrollo del habla social, que tiene como propósito de ser escuchados y el habla privada que consiste en hablar en voz alta con ellos mismos sin ánimos de ser oídos por los demás (Papalia, Wendkos, & Duskin, 2009).

En algunas ocasiones pueden existir demoras en el desarrollo del lenguaje, no necesariamente causadas por falta de estimulación lingüística o por patologías, más bien pueden aparecer como consecuencia de nacimiento prematuro, problemas de audición, antecedentes familiares, anomalías en su cabeza o cara, entre otros. Estudios han demostrado que los niños son más propensos a presentar demora en el habla (Papalia, Wendkos, & Duskin, 2009).

En algunos casos es importante proporcionarle al niño terapia de lenguaje, para evitar que se generen inconvenientes cognitivos, falta de confianza propia y su relación con otros. En Estados Unidos y algunos países del mundo, a los niños en primera infancia se les brinda programas de educación complementaria en los que se fomenta el desarrollo y estimulación de los niños y a su vez reciben cuidados dentales,

nutricionales, entre otros. En su mayoría para niños de estratos socioeconómicos bajos (Papalia, Wendkos, & Duskin, 2009).

#### **2.2.4. Desarrollo afectivo- psicosocial.**

Desde los 3 a los 6 años los niños van a atravesar por cambios significativos en su desarrollo afectivo y social, de la misma manera se fomentarán los hábitos de autonomía; en este proceso el núcleo familiar es el punto de referencia principal para el niño. A los 3 años los niños adoptan dos conductas importantes que se marcarán para toda su vida, los celos, temores y miedos hacia situaciones específicas; de la misma manera empieza a adquirir hábitos como comer por sí solo con una cuchara, lavarse y secarse las manos sin ayuda, etc. A los 4 años el niño empieza a comprender el mundo que lo rodea; su personalidad comienza a formarse, a esta edad lo que mayormente hacen es imitar a los mayores; el niño aprende lo que ve (Uriz, y otros, 2011).

La comprensión de sí mismos y el desarrollo del “yo” son parte fundamental en el crecimiento de los niños, sobre todo en este intervalo de edad. El autoconcepto es el “sentido del yo; imagen mental descriptiva y valorativa de las propias capacidades y rasgos” (Papalia, Wendkos, & Duskin, 2009). También se define como “una construcción cognitiva, un sistema de representaciones descriptivas y evaluativa del yo”; esto determinará la manera en que nos sentimos con nosotros mismos (Harter, 1996).

Una etapa relevante de la formación de la personalidad es el autoconcepto global tanto el negativo como el positivo lo que a su vez va a generar pensamientos negativos o satisfactorios respectivamente y de la misma manera se forma la base de la autorrealización (Cazalla & Molero, 2013).

Si bien el autoconcepto es el sentido del “yo”, la autodefinición es el “conjunto de características que se utilizan para la descripción de uno mismo” (Papalia, Wendkos,



& Duskin, 2009). A los cuatro años de edad los niños están en la primera etapa de desarrollo de su autodescripción, las declaraciones individuales unidimensionales, que consisten en descripciones en términos de características individuales y términos absolutos, pero no es capaz de percibir dos emociones al mismo tiempo. En este periodo el niño no distingue entre su *yo real*, quien es verdaderamente, y su *yo ideal*, quien quisiera ser y por ende, el infante se resuelve como un incorporado de “virtudes y capacidades” (Papalia, Wendkos, & Duskin, 2009).

Al pasar a la edad de 5 a 6 años el niño alcanza la etapa de los mapeos representacionales, es capaz de relacionar lógicamente dos aspectos propios, aunque lo hace en términos positivos absolutos. Como última etapa el niño alcanza los sistemas representacionales, aquí sus autodefiniciones se tornarán más realistas y equitativas gracias a que han aprendido a integrar aspectos específicos del *yo* en un concepto multidimensional y los pensamientos absolutos empiezan a desaparecer (Papalia, Wendkos, & Duskin, 2009).

Resulta imposible negar que los niños absorber las diferencias culturales que definen al *yo*, de manera que los distintos aportes culturales y como los niños los perciben contribuyen a como se autodefinen (Papalia, Wendkos, & Duskin, 2009).

Papalia, Wendkos y Duskin definen la autoestima como la “parte evaluativa del autoconcepto” es decir, “el juicio que hacen los niños acerca de su propia valía”. La autoestima se centra en el potencian cognitivo de los niños para autodefinirse. Aunque no es hasta los ochos años que se forma un concepto claro de la propia valía, en cortas edades en base a su comportamiento se puede obtener un autoconcepto (2009).

Por un lado, si el niño tiene autoestima alta sentirá incitación de resultados pero si su autoestima es contingente al éxito o depende de la reacción positiva de otros lo que puede provocar que el niño considere el fracaso como un rechazo de su estima y

propia valía, esto puede llegar a provocar que el niño se sienta incapaz de realizar las cosas con éxito, se vuelva “impotente”, inferior a otros o que lo interpreten como una señal de ser “malos” y se desmoralizan si llegan a fracasar (Papalia, Wendkos, & Duskin, 2009).

Al terminar los tres años, los niños han adquirido conciencia de sí mismos y sus emociones tales como vergüenza, orgullo, culpa, entre otras se terminarán de formarse. En edades de 5 a 6 años los niños empezarán a tener dominio sobre las mismas, la manera en que los demuestran y sensibilizarse con los sentimientos de otros (Papalia, Wendkos, & Duskin, 2009). “La autorregulación emocional ayuda a los niños a guiar su comportamiento” (Garner & Power, 1996). Según Saarni, Mumme y Campos los preescolares son capaces de hablar sobre sus sentimientos, también pueden comprender las emociones de los demás y relacionarlas con experiencias o deseos (1998).

Con respecto a la conducta pro social, que tiene por objetivo ayudar a otros, el altruismo es uno de los primeros valores en aparecer, a los tres años y medio el niño es capaz de compartir y ayudar a otros sin esperar nada a cambio. El resto de sentimientos como el temor, angustia empiezan a plantarse y a ser entendidos por el niño. Las diferentes conductas aprendidas de sus padres, cuidadores o cualquier adulto también son un ejemplo que el niño recepta y guarda (Papalia, Wendkos, & Duskin, 2009).

### **2.2.5. Temperamento**

Estudios han demostrado la importante responsabilidad de la herencia en el desarrollo de la personalidad y temperamento de los niños; a pesar de que los niños nacen ya con personalidades únicas (Papalia, Wendkos, & Duskin, 2009). Temperamento se define como el estilo único de cada persona para reaccionar ante distintas situaciones y la forma de abordarlas. Por lo general se mantiene firme a lo largo de la vida y se ve influenciado por el ambiente y la experiencia. Es decir el

temperamento es “el estilo conceptual o la reactividad emocional que manifiesta el niño cuando interactúa con su ambiente” (Cornella, 2010)

## **2.2.6. Factores del temperamento.**

### *2.2.6.1. Sociabilidad.*

La sociabilidad, compuesta por “tres variables, es decir adaptabilidad, umbral de capacidad de respuesta y la aproximación” la suma de estas nos brinda información acerca del grado de sociabilidad del niño (Jabin & Chaudhary, 2014) es considerada como un factor individualizado ya que no todos socializan al mismo tiempo, ni de la misma manera o al mismo nivel. Un determinante importante en el grado de sociabilidad es la imitación de los adultos, cuidadores o padres, estos, si son personas sociables el niño tarde o temprano también lo serán. Los niños entre sus 3 y 5 años adquieren sus primeros amigos, esto aporta al comienzo de las relaciones gracias a que empiezan a asistir a la escuela, empiezan a pasar del juego paralelo (juegos independientes pero cerca de otros) a un juego más cooperativo e interactivo lo que lo obliga a socializar e incluso a adquirir la capacidad de resolver problemas (McGinnis & Goldstein)

Un componente importante que favorece la sociabilidad es la enseñanza de habilidades pro sociales en la fase temprana del desarrollo, el hecho de ser socialmente competente convierte al niño en alguien seguro de sí mismo, por el contrario, si sus habilidades son deficientes corren el riesgo de constituir una adaptabilidad deficiente provocándole esto a su vez menores logros académicos, desadaptación en la escuela, rechazo de sus compañeros, agresividad, timidez, aislamiento social, entre otros. (McGinnis & Goldstein)

### *2.1.6.2. Emocionalidad*

Según la Real Academia de la Lengua, la emoción se precisa en como el "estado de ánimo producido por impresiones de los sentidos, ideas o recuerdos que con frecuencia se traduce en gestos, actitudes u otras formas de expresión" (Goleman,1996). Los estímulos emocionales básicos van a crear en el niño la formación de hábitos y habilidades; al ver las expresiones y emociones de los demás, el niño es capaz de entenderla y distinguir las diferentes expresiones emocionales. La emocionalidad está constituida por dos componentes: el estado de ánimo y la perseverancia (Jabin & Chaudhary, 2014).

### *2.2.6.3. Energía*

La energía se valora en base a dos factores, la actividad y la intensidad. La energía también está bastante relacionada a la alimentación, la ingestión de calorías se traduce en energía. En edad preescolar, los niños empiezan a sentirse atraídos y hasta encaprichados con cierto tipo de alimentos y comidas que no necesariamente son nutritivos, los gustos hacia la comida tienen cierta carga genética y también influyen las personas que el niño observa comer. Mantener un equilibrio en la dieta permitirá de la misma manera que el niño tenga calorías y energía acorde a su edad para su desempeño normal. La ingesta recomendada de calorías en niños de 4 a 8 años es de 1400 a 1700 diarias y en niñas de 1300 a 1600 calorías diarias (Moreno & Galiano, 2015).

### *2.2.6.4. Atención*

La atención en los niños a esta edad tiene muchos factores que la componen, desde la genética y estimulaciones que el niño reciba desde pequeño. La atención se evalúa según ciertos criterios que incluyen: facilidad para cambiar de estado de ánimo, respuesta ante situaciones en las que otro niño toma un juguete u objeto suyo, capacidad

de concentración, habilidad de distraerse y si se deja o no consolar (Jabin & Chaudhary, 2014).

#### *2.2.6.5. Ritmicidad*

La ritmicidad es un criterio que se valora en base a componentes que, de una u otra forma, se relacionan con la energía. Acorde la cantidad de energía que el niño también será su ritmo al hacer actividades diarias; este criterio se mide según la cantidad de sueño, cambios durante los periodos de sueño, la cantidad de comida que regularmente como en su plato, movimientos cotidianos, entre otros (Jabin & Chaudhary, 2014).

#### **2.2.7. Variación del temperamento.**

La formación del temperamento incluye distintos elementos que lo conforman para que el niño crezca con él y lo desarrolle llegando a forjar su personalidad y carácter.

Factores genéticos, ambientes adversos tempranos, experiencias psicológicas negativas, cultura, ubicación geográfica, entre otros; son variables para la formación del temperamento. Si un niño tiene algún impacto en alguna de las áreas previamente estudiadas del temperamento, este presentará también repercusiones en su personalidad; lo hará menos social, por tanto, puede llegar a ser introvertido; si tiene menos energía realizará sus actividades con menor efectividad, si tiene problemas de concentración su atención y rendimiento escolar no serán óptimos. Al verse afectada su personalidad mediante una autoestima baja hará también que maneje emociones tristes y depresivas (Papalia, Wendkos, & Duskin, 2009).

Si las variaciones del temperamento son muy marcadas, la forma de reaccionar ante distintas situaciones se verá afectada en el niño, como distintas reacciones

emocionales, problemas de comportamiento o adaptación en la familia, escuela, entre otros (Papalia, Wendkos, & Duskin, 2009).

#### **2.2.8. Determinación del temperamento.**

El temperamento en la mayoría de los casos se establece gracias a encuestas, tests, cuestionarios y/o sesiones dirigidas ya sea al paciente directamente o a su padre o cuidador en el caso que sea necesario (Papalia, Wendkos, & Duskin, 2009). Según un estudio realizado por Jabin y Chaudhary acerca de la Asociación del temperamento infantil con la caries de la infancia temprana; quienes se basaron en la Escala de temperamento de Malhorta (MTS) esta, consiste en un programa de medición del temperamento referente a una adaptación del cuestionario de temperamento a los padres elaborada por Chess y Birch en 1968; estas dos pretenden evaluar el comportamiento del niño ante situaciones rutinarias del día a día, es decir, el temperamento. Y en base al cuestionario del Prof. Marcel Zentner, PH.D. en Child temperament profiler; un cuestionario en línea aprobado por la Universidad de Ginebra, disponible para cualquier persona. Los cuestionarios valoran los 5 componentes del temperamento considerando la frecuencia de ocurrencia e intensidad de cada comportamiento en específico (Jabin & Chaudhary, 2014)

## **3. METODOLOGÍA**

### **3.1. Tipo de estudio**

Se realizará un estudio transversal, debido a que se busca durante un periodo corto de tiempo la presencia o ausencia de una enfermedad, factores de riesgo e información relacionada a la misma; así también el estudio será de tipo prospectivo, porque se verá en un futuro, es decir se va generando a lo largo del desarrollo del

estudio; observacional, ya que se realizará una comparación entre dos muestras poblacionales y por ende será un estudio descriptivo ya que los datos obtenidos se usarán específicamente para describir la diferencia encontrada entre las muestras mas no determinará factores de riesgo, etc. (Molina & Ochoa, 2013). En este se determinará la influencia de caries de infancia temprana sobre el temperamento de niños de 3 a 5 años de edad, mediante el uso de una encuesta dirigida a los padres, basada en el estudio realizado por Jabin & Chaudhary y su influencia sobre el temperamento de los niño.

### **3.2. Población**

La población que será estudiada está conformada por niños y niñas que acuden a consulta en el Centro médico familiar integral y de especialidades diálisis “La Mariscal”, en el periodo de agosto a septiembre de 2018.

### **3.3. Muestra**

La muestra estará conformada por niños que tengan entre 3 y 5 años de edad, que sean atendidos en el Centro médico familiar integral y de especialidades diálisis “La Mariscal”, en el periodo de agosto a septiembre de 2018.

#### **3.3.1. Criterios de inclusión de la muestra**

- Pacientes de ambos géneros sanos que acudan al Centro médico familiar integral y de especialidades diálisis “La Mariscal”.
- Pacientes de ambos géneros sanos de entre 3 y 5 años de edad.
- Pacientes cuyos padres o cuidadores hayan aceptado y firmado el consentimiento informado para participar en el estudio.

### **3.3.2. Criterios de exclusión de la muestra**

- Pacientes de ambos géneros con alguna enfermedad sistémica que acudan al Centro médico familiar integral y de especialidades diálisis “La Mariscal”.
- Pacientes de ambos géneros sanos que no estén dentro del rango de 36 a 71 meses de edad.
- Pacientes cuyos padres o cuidadores no hayan aceptado ni firmado el consentimiento informado para participar en el estudio.
- Niñas y niños con caries de la infancia temprana de 3 a 5 años que no deseen participar en el estudio.

## **3.4. Materiales y métodos**

### **3.4.1. Materiales**

- Formulario 033 del Ministerio de Salud Pública (Historia clínica única de Odontología) y consentimiento informado.
- Cuestionario para la evaluación del temperamento (Anexo 1)
- Espejos intraorales desechables (Bader No. 4)
- Sonda OMS con esfera de 0.5mm en el extremo (Hu – Friedy)
- Jeringa triple del equipo dental (Gnatus)
- Torundas y bolitas de algodón estériles (Sana)

### **3.4.2. Métodos**

Dentro del periodo de Agosto a Septiembre de 2018 se levantará los datos de prevalencia de la caries de la infancia temprana. Primeramente, se conseguirá la aprobación por parte del comité de Bioética de la Universidad San Francisco de Quito, posterior se obtendrá la autorización de los directivos del Centro médico familiar



integral y de especialidades diálisis “La Mariscal” para levantar la muestra y realizar el estudio en sus instalaciones y por último la aprobación de los padres o representante mediante la aceptación del consentimiento informado.

#### **3.4.2.1. Procedimientos**

Se confeccionará la Historia clínica única de Odontología (Formulario 033 del MSP) para poder registrar los datos obtenidos en la evaluación clínica de la muestra. Se elaborará un consentimiento informado en el que se incluyan las cláusulas que el representante del niño aceptará para participar en el estudio. La historia clínica también levantará información acerca del lugar de vivienda del niño, con quienes vive y si tiene conocimientos acerca de la salud bucal y de las caries.

Una vez que los representantes de los niños hayan aceptado y firmado el consentimiento informado, es decir una vez obtenida la autorización se procederá a levantar la muestra mediante la selección de los niños por edad; a los niños de entre 3 y 5 años se les realizará el examen clínico en el sillón dental con el espejo intraoral y la sonda, mediante ICDAS II; empleando un sistema de puntuación se diagnostica a la Caries de aparición temprana de la siguiente manera: Diente sano (ICDAS 0), mancha blanca o marrón en esmalte seco (ICDAS 1), mancha blanca o marrón es superficie húmeda (ICDAS 2), cavidad menos a 0.5mm en esmalte seco (ICDAS 3), sombra oscura de dentina visible a través del esmalte húmedo con o sin cavidad (ICDAS 4), cavidad con exposición de dentina mayor a 0.5mm en seco (ICDAS 5) y el estadio más grave que ocurre cuando la cavidad expone a la dentina en más de la mitad de la superficie dental (ICDAS 6) (Cerón, 2015). se determinará la existencia de CIT, si es

positiva, se identificará su estadío. La información recolectada se registrará en la historia clínica de cada paciente.

Mientras tanto se le entregará al paciente el Cuestionario para la evaluación del temperamento del niño (Anexo 1) y se le pedirá que la llene con datos certeros de su hijo o representado. El cuestionario se basa en el estudio realizado por Jabin y Chaudhary quienes tradujeron y se basaron en la Escala de temperamento de Malhorta MTS de Thomas, Chess y Birch (1968); y en base al cuestionario del Prof. Marcel Zentner, PH.D. en Child temperament profiler. Los cuestionarios valoran los 5 componentes del temperamento considerando la frecuencia de ocurrencia e intensidad de cada comportamiento en específico (Jabin & Chaudhary, 2014).

Cada ítem se califica según su frecuencia de ocurrencia, es decir, siempre, casi siempre, a veces o nunca; calificados en dirección positiva (nunca) y positiva (siempre) y un punto medio (a veces). Una vez identificados estos criterios que serán útiles para la comparación del temperamento entre los niños sin caries y con caries (Jabin & Chaudhary, 2014).

Con esta información, una vez que sea verificada gracias a un control de calidad, se diagnosticará la existencia o no de la caries de infancia temprana usando los criterios de ICDAS II y posterior se encontrará la prevalencia de la enfermedad. Posterior a esto se procederá a relacionar las variables del temperamento identificado en niños que no presentaron caries versus los niños que sean diagnosticados con CIT. Se contará la cantidad de padre que respondan “siempre”, “casi siempre”, “a veces” y “nunca” A cada ítem de frecuencia se le atribuirá un valor numérico del 1 al 4 siendo “nunca” equivalente a 1 y “siempre” equivalente a 4 considerándolos como intensidad y

frecuencia, los valores numéricos nos ayudarán a obtener la moda; es decir, el comportamiento (reflejado en un número) que más se repite para poder relacionarlo.

Se podrá determinar si existen variables en la sociabilidad, emocionalidad, energía, atención y ritmicidad de los niños con experiencia de caries aparición temprana y niños con dientes sanos.

# ANEXO 1

## CUESTIONARIO PARA LA EVALUACIÓN DEL TEMPERAMENTO

AGRADECEMOS SU COLABORACIÓN Y TIEMPO REQUERIDO PARA RESPONDER LAS SIGUIENTES PREGUNTAS, LAS RESPUESTAS SON CONFIDENCIALES Y NO TIENEN NINGUNA CALIFICACIÓN.

### 1.- Objetivo:

Determinar la variación del temperamento en niños de 3 a 5 años con caries de la infancia temprana que acuden al Centro médico familiar integral y de especialidades diálisis "La Mariscal".

2.- Se presenta un listado de preguntas para ser contestadas con la siguiente escala.

S	C s	A v	N
SIEMPRE	CASI SIEMPRE	A VECES	NUNCA

3.- INSTRUCTIVO: *CALIFIQUE SEGÚN LOS ASPECTOS REFERIDOS MARCANDO CON UNA X SEGÚN SEA SU CRITERIO*

No.	CUESTIONARIO	PONDERACION			
		S	C s	A v	N
	<b>Sociabilidad</b>				
1	Mira como juegan otros niños (más que jugar el mismo)				
2	Se acerca espontáneamente a niños desconocidos y se une a sus juegos (p. ej. en el parque)				
3	Se adapta rápidamente a una nueva situación				
4	Se esconde detrás de su madre (y/o cuidador) cuando se encuentra con personas desconocidas.				
5	Es tímido cuando conoce a niños nuevos				
	<b>Emocionalidad</b>				
6	Suele estar contento, rara vez se queja				
7	Se altera fácilmente				
8	Reacción muy intensamente ante la decepción o la frustración (se queja a gritos, llora, etc.)				
9	Llora y grita cuando se le dice que deje de hacer algo que le gusta hacer (p. ej. ver la televisión, un juego, actividades al aire libre)				
10	Se entusiasma con las cosas que hace				
	<b>Energía</b>				
11	Corre o salta (más que caminar) cuando entra o sale de casa				
12	Cuando juega en los columpios, toboganes intenta ir lo más rápido posible/ llegar lo más alto posible				
13	Durante los paseos o viajes corre muy por delante de sus padres o tutores				
14	Está constantemente en movimiento				
15	Tiene excesiva inquietud motora				
	<b>Atención</b>				
16	Se concentra en algo durante mucho tiempo sin gran esfuerzo (tareas, juegos, etc.)				
17	Se distrae fácilmente, tiene escasa atención.				
18	Se aburre rápidamente cuando mira un libro o un dibujo, y cambia de actividad				
19	Deja proyectos sin terminar, es inconstante				
20	Respuesta cuando un niño se lleva su juguete o cualquier otra posesión.				
	<b>Ritmicidad</b>				
21	Parece que tiene prisa por ir de un sitio a otro				
22	Camina de manera tranquila y contenida				
23	Apetito regular				
24	Regularidad en la cantidad de ingesta de alimentos				
25	En general, cumple con las 10 horas de sueño diarias				

Prof. Marcel Zentner, PH.D. Child temperament profiler (Jabin & Chaudhary, 2014)

## REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Arango, C., & Baena, P. (2004). Caries de la infancia temprana y factores de riesgo. Revisión de la literatura. *Revista de estomatología*, 59-64.
- Beltrán, R. (2008). *Caries de aparición temprana*. Lima : Universidad Peruana Cayetano Heredia.
- Bordoni, N. (2010). *Odontología pediátrica. La salud bucal del niño y el adolescente en el mundo actual*. Buenos Aires: Médica Panamericana .
- Cazalla, N., & Molero, D. (2013). Revisión teórica sobre el autoconcepto y su importancia en la adolescencia. *Revista electrónica de investigación y docencia.*, 43-64.
- Cerón, X. (2015). El sistema ICDAS como método complementario para el diagnóstico de caries dental. *Revista CES Odontología* , 100-109.
- Chimeno, E., Giovannoni, M., & Schemel, M. (2017). Disbiosis como factor determinante de enfermedad oral y sistémica: importancia del microbioma. *Medicina clínica. Elsevier*, 1-5.
- Cornella, J. (2010). ¿Qué es el temperamento? *Anales de Pediatría Continuada*, 231-236.
- Garner, P., & Power, T. (1996). *Preschoolers emotional control in te disapointment paradigm and its relation to temperament, emotional knowledge an familiy expressiveness*. Medford: Child Development .
- Guerrero, M., Galeana, M., & Corona, A. (2012). Caries de infancia temprana: medidas preventivas y rehabilitación. *Revista Odontológica Latinoamericana*, 25-28.
- Harter, S. (1996). *Historical roots of contemporary issues involving self-concept.* . Oxford: John Wiley & Sons.
- Hernández, M. (2017). Diagnóstico, pronóstico y prevención de las caries de la primera infancia. *Protocolo de la Sociedad Española de Odontopediatría.* , 2-17.
- Jabin, Z., & Chaudhary, S. (2014). Association o Child Temperament with Early Childhood Caries. *Journal of Clinical and Diagnostic Research.*, ZC21-ZC24.
- Llena, C. (2006). La saliva en el mantenimiento de la salud oral y como ayuda en el diagnóstico de algunas patologías. *Medicina oral. Patología oral y Cirugía bucal.* , 449-455.
- McGinnis, E., & Goldstein, A. (s.f.). *Programa de habilidades para la infancia temprana (La enseñanza de habilidades prosociales de preescolar y jardín infantil)*. Syracuse: Unión temporal: Centro persona y familia - Fundación para el bienestar Humano - Surgir.
- Ministerio de Salud Pública del Ecuador. (2015). *Caries*. Quito : Dirección Nacional de Normatización.
- Montero, K. (2008). *Caries de aparición temprana*. Lima: Universidad Cayetano Heredia .
- Moreno, J., & Galiano, M. (2015). *Alimentación del niño, preescolar y adolescente*. Madrid: Pediatría Integral.
- Núñez, L., Sanz, J., & Mejía, G. (2015). Caries dental y desarrollo infantil temprano. Estudio piloto. *Revista Chilena de Pediatría.* , 38-42.
- Oropeza, A., Molina, N., CAstañeda, E., Zaragoza, Y., & Cruz, D. (2012). Caries dental en primeros moalres permanentes de escolares de la delegación de Tiahuac. *Revista de la Asociación Dental Mexicana*, 63-68.
- Papalia, D., Wendkos, S., & Duskin, R. (2009). *Psicología del desarrollo*. México D.F.: Mc Graw Hill.
- Reyes, D., Baños, I., Sánchez, M., & Rodríguez, B. (2013). Caries dental aguda del promer molar en niños de 12 años. . *Revista Cubana de Estomatología* , 292-301.

- Uriz, N., Armentia, M., Rafael, B., Carrascosa, E., Fraile, A., & Olangua, P. (2011). El desarrollo psicológico del niño de 3 a 6 años. *Gobierno de Navarra* , 1-20.
- Valarezo, T., & Maroño, S. (2017). Prevalencia de caries temprana de la infancia en cuatro guarderías del norte de Quito - Ecuador. *Revista Científica* , 278-297.
- Vivares, A., Muñoz, N., Saldarriaga, A., Miranda, M., Colorado, K., Montoya, Y., . . . Bernal, T. (2010). Caries dental y necesidades de tratamiento en el primer molar permanente en escolares de 12 años de las escuelas públicas del municipio de Rionegro (Antioquia, Colombia). *Revista Universitaria Odontológica Antioquia Colombia*, 25-32.